

VERSLAG STUDIEBEZOEK DENEMARKEN

Transitie en transformatie van de jeugdzorg

11 – 13 juni 2012

Nederlands Jeugd instituut

Het bezoek is georganiseerd door het Nederlands Jeugdinstituut

Programma Studiebezoek Denemarken
Transitie en transformatie van de jeugdzorg
11 – 13 juni 2012

Maandag 11 juni

08:30 Heenreis 09:35 – 10:55 KLM 1127

13:00 Ontvangst children and family social services, gemeente Kopenhagen

Susse Kolster van KL, Deense VNG, zal een introductie geven van de ontwikkelingen in het Deense jeugdbeleid en jeugdzorg, o.a. ook het decentralisatie proces na 2007.
Anette Laigaard , Social Services Administration Kopenhagen

18:00 Diner

Dinsdag 12 juni

10:00 Bezoek Ministerie voor sociale zaken en integratie
Ontvangst door **Astrid Leschly Holbøll, hoofd afdeling jeugd**
Presentatie door Lars Møller Christiansen – directeur Directoraat kinderen en jongeren

14:00 Bezoek children and family social services gemeente Gladsaxe
Ontvangst door Tine Vesterby Sørensen, hoofd afdeling kind en gezin
Introductie organisatie van de kind en gezin structuur, nadruk op link en transitie tussen basis en eerstelijns voorzieningen. Gladsaxe is een middelgrote gemeente van 65000 inwoners (zusterstad van Apeldoorn).

17:30 Informele borrel aangeboden door Deloitte Denemarken en Nederland

19:00 Diner in Kopenhagen, op eigen gelegenheid

Woensdag 13 juni

9:00 Project bezoeken Gladsaxe
Youth and Family Centre
In het youth and family centre worden gezinnen begeleid die extra ondersteuning nodig hebben.

10:45 Family School
In de family school worden jongeren tijdelijk begeleid die het niet redden in het reguliere onderwijs.
Ouders moeten drie dagen per week in deze periode ‘mee’ naar school en worden ondersteund om
hun kinderen weer te begeleiden in het reguliere onderwijs.

12:15 **Terugreis 14:35 – 16:00 KLM 1130**

Deelnemers

VNG

1. Noor Focken
2. Renate Kuyten
3. Marlies Kennis (gemeente Utrecht)
4. Mevrouw Ciska Scheidel (gemeente Rotterdam)

Brancheorganisaties:

5. De heer Dirk Verstegen	VOBC LG
6. Mevrouw Corine Brekelman	GGZ
7. Mevrouw Kitty Julsingha	Jeugdzorg NL
8. De heer Jan Visscher	VGN

VenJ:

9. Greetje Kamphorst (Raad v.d. Kinderbescherming)
10. Els Slijper
11. Jet Lenters

Ministerie VWS:

12. Jacqueline de Jager
13. Natalie Jonkers
14. Marieke Koppenaal
15. Anno v.d. Veen
16. Ronald Buitenhuis

Nederlands Jeugd Instituut

17. Tom van Yperen
18. Caroline Vink (organisatie bezoek c.vink@nji.nl)

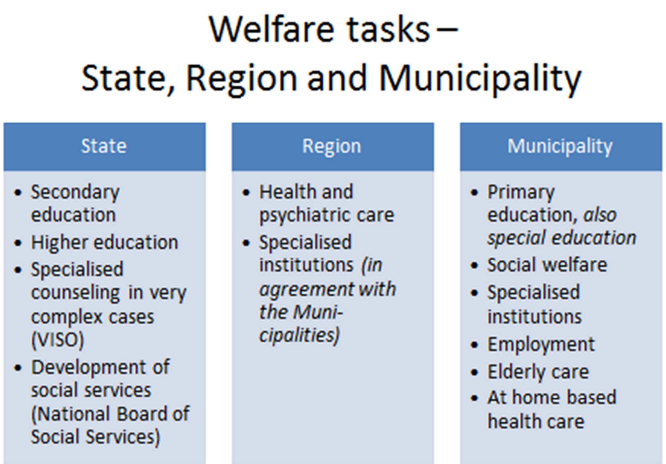
In- en aanleiding

Het Nederlandse jeugdbeleid staat momenteel in het teken van de transitie en de transformatie van verantwoordelijkheden naar de gemeenten. In veel landen om ons heen is dit al dagelijkse realiteit. In tijden van verandering is het daarom zinvol om over de grens te kijken. Niet om het te doen zoals het daar gebeurt, daarvoor is de historische en culturele context te verschillend. Een kijkje over de grens biedt wel inspiratie over hoe de transitie tot stand kan komen en welke oplossingen er zijn gevonden. Het helpt vooral ook om te zien dat het kan; alle verantwoordelijkheden voor jeugd en gezin bij de gemeente en minder noodzaak tot zwaardere zorg.

Van 11 tot 13 juni is een werkbezoek gebracht aan Denemarken op initiatief van het Ministerie van VWS en georganiseerd door het NJI. Denemarken heeft in 2007 een vergaande transitie van het jeugdbeleid ingezet. De omstandigheden waren wel anders. In Denemarken is in 2007 een totale *local government reform* in gezet, waarbij de tussenbestuurslaag van de counties (regio's) min of meer verdwenen is en er van 271 naar 98 gemeenten is gefuseerd. Een aantal bovenregionale voorzieningen zijn op het niveau van de counties gebleven (bijvoorbeeld ziekenhuizen) maar de counties zijn op hetzelfde bestuursniveau geplaatst als de gemeenten.

Voor het jeugdbeleid betekende de local government reform een verdere decentalisatie. De gemeenten waren al verantwoordelijk voor een groot deel van het jeugdbeleid. Het was ook een ideologische transformatie zoals in Nederland. Ook Denemarken kende een groot aantal uithuisplaatsingen - zeker in vergelijking tot de Scandinavische buurlanden – en een systeem dat leidde tot *exclusion*. Er is een traject ingezet om zoveel mogelijk zorg vroegtijdig te verlenen, ook door meer intensievere ondersteuning in de universele voorzieningen in te zetten. De verandering ging niet ineens. In de eerste jaren na de transitie was er sprake van meer kosten en een toename van zorgvragen. Maar nu na vijf jaar laten de cijfers zien dat het beleid effect heeft. Er is een sterke daling van het aantal uithuisgeplaatste kinderen en er is een stijging van het preventieve aanbod. De kosten hiervan staan niet in verhouding tot de intensievere zorg.

Het studiebezoek heeft duidelijk gemaakt dat er ook in Denemarken nog heel veel valt te verbeteren, maar dat er een positieve omslag is gemaakt. Wat voor de delegatie een eyeopener was, was de relatieve 'eenvoud' van het systeem en de voorzieningen die er bij betrokken zijn. Na 3 dagen hadden we een redelijke kijk op de route die gezinnen doormaken door het systeem. Dat lukt de meeste buitenlandse delegaties die naar Nederland komen een stuk minder.

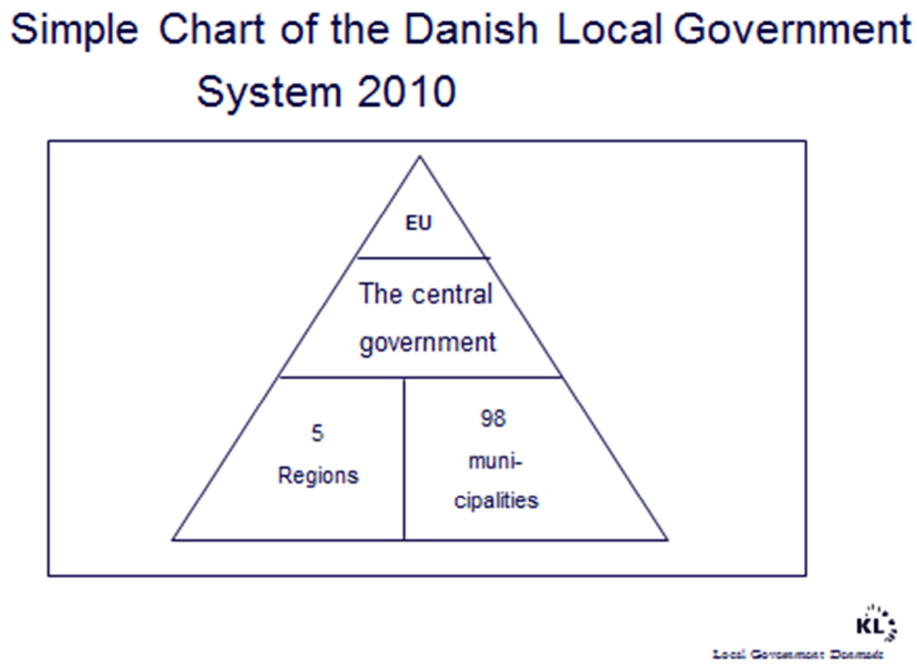


Maandag 11 juni 2012

Presentatie KL (Deense VNG) en Gemeente Kopenhagen, afdeling social services

Aan de hand van een presentatie heeft Susse Kolster van de Deense VNG (KL) ons ingewijd in het Deense systeem.
De rol van de Deense VNG is vergelijkbaar met onze VNG. Er werken ca 420 pp bij de Deense VNG. KL geeft wel meer inhoudelijke ondersteuning aan de gemeentelijke diensten verantwoordelijk voor jeugd en gezin.

In 2007 is het bestuurlijk stelsel in Denemarken hervormd. Het aantal gemeenten is teruggebracht van 269 naar 98 gemeenten; 14 regio's zijn verminderd tot 5 regio's. Belangrijke redenen voor deze hervorming waren het realiseren van kwaliteitsimpuls van het lokale bestuur en democratie en kostenbeheersing.
Met deze hervorming is het aantal taken van de gemeenten uitgebreid en die van de regio's beperkt. Gemeenten en regio's zijn bestuurlijk op het gelijke niveau geplaatst. Er zijn dus formeel nog maar twee bestuurslagen.
Gemeenten hebben gemiddeld 54.000 inwoners. Een aantal gemeenten werkt samen, dit is op basis van onderlinge afspraken en niet op basis van wetgeving.



Distribution of municipalities according to population

Inhabitants	Municipalities
0 – 20,000	7
20,000 – 30,000	18
30,000 – 50,000	37
50,000 –	36

De hervorming ging ook gepaard met hervorming van de jeugdzorgtaken. Deze waren deels al belegd bij gemeenten maar ook hier waren kostenbeheersing en kwaliteitsverschillen tussen gemeenten belangrijke redenen voor de hervorming. Gemeenten zijn sindsdien volledig verantwoordelijk voor de jeugdzorg inclusief ambulante, sociale psychiatrie, m.u.v. de (psychiatrische) ziekenhuizen die onder verantwoordelijkheid vallen van de regio's. Regio's zijn ook verantwoordelijk voor een beperkt aantal gespecialiseerde voorzieningen voor kinderen vooral voor gehandicapte kinderen. De gemeenten betalen wel voor de plaatsen in deze voorzieningen, blijven in contact met het kind en gezin en zijn verantwoordelijk voor de nazorg.

De kosten voor kinderen die gespecialiseerde zorg nodig hebben, zijn in afgelopen jaren toegenomen. Ook waren er veel dubbele kosten vanwege versnippering over verschillende bestuurslagen. Daarnaast was er ook uitdrukkelijk een inhoudelijke doelstelling verbonden aan de hervorming (sinds 2009 ook neergelegd in child reform). Vergelijkbaar met de transformatie in Nederland was de verandering in DK gericht om meer inclusief beleid tot stand te brengen. Het streven is zoveel mogelijk kinderen binnen de eigen sociale context en reguliere school te helpen.

Om in de hervorming wel de benodigde kennis en expertise te behouden is VISO opgericht. Dit is een nationale overheidsorganisatie (gevestigd in Odense) met medewerkers die de gemeenten adviseert over mogelijke behandelingen, speciaal aanbod en onderwijs. Het gaat hier vooral om advisering in bijzondere individuele gevallen waarbij de gemeenten extra advies kunnen gebruiken. Tijdens ons bezoek aan Gladsaxe hebben we gevraagd of deze gemeente regelmatig gebruik maakt van VISO en hoe tevreden ze hierover zijn. Er werd in beperkte mate gebruik gemaakt van VISO en werd als weinig toegevoegde waarde gezien. Wel was onze indruk dat VISO vooral wordt gebruikt door kleineren gemeenten maar dat is niet bevestigd. Volgens de evaluatie van het ministerie is 80% van de gemeenten en gezinnen wel tevreden over ondersteuning vanuit VISO.

Opbrengsten van de hervorming:

- van 4337 residentiele plaatsen naar 946 plaatsen vooral voor gehandicapte kinderen
- kosten worden in toenemende mate beperkt. Deze heeft wel een tijd geduurd, de decentralisatie heeft in de eerste jaren geleid tot toename van de vraag.

Over het algemeen is er bij de meeste gemeenten pas na vijf jaar een omslag bereikt naar meer preventieve ondersteuning en minder uithuisplaatsing.
- Door de Deense VNG is recent een inventarisatie gedaan naar de veranderingen en innovaties die gemeenten hebben doorgevoerd in hun beleid en uitvoering. Opvallende zaken: veel meer systeemgericht werken binnen de setting van een gezin. Veel meer social workers op scholen en in de kinderopvang, zowel ter ondersteuning van de kinderen als van de medewerkers in scholen en kinderopvang. Er is een meer gevarieerd aanbod van ondersteuning en zorgvormen.

Actuele thema's en doelstellingen
- discussie over toezicht op kwaliteit mn van de residentiele voorzieningen
- meer sturen op resultaten, outcome en implementatie

Belangrijk leerpunt: hervorming kost tijd!

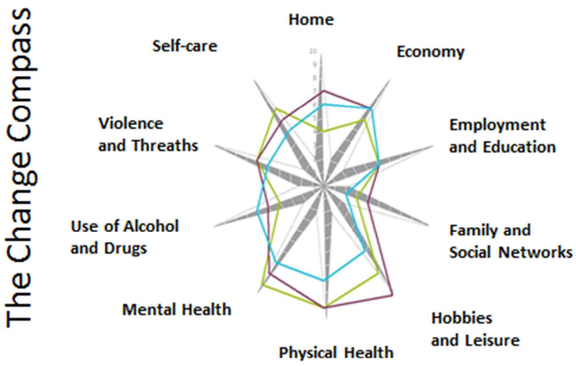
Deel II
Anette Laigaard, CEO van directie sociale zaken Gemeente Kopenhagen

Annette begon met een persoonlijk succesverhaal over de fusie van aantal kleine gemeenten ten noorden van Kopenhagen die zij als CEO van een van de gemeenten heeft gerealiseerd. Daarna gaf zij een toelichting op de hervorming vanuit de optiek van Kopenhagen. Kopenhagen groeit, er komen gemiddeld 1000 nieuwe inwoners per maand bij. Positief is dat er veel jonge gezinnen in Kopenhagen blijven wonen (vergelijkbare trend met Berlijn en Amsterdam).

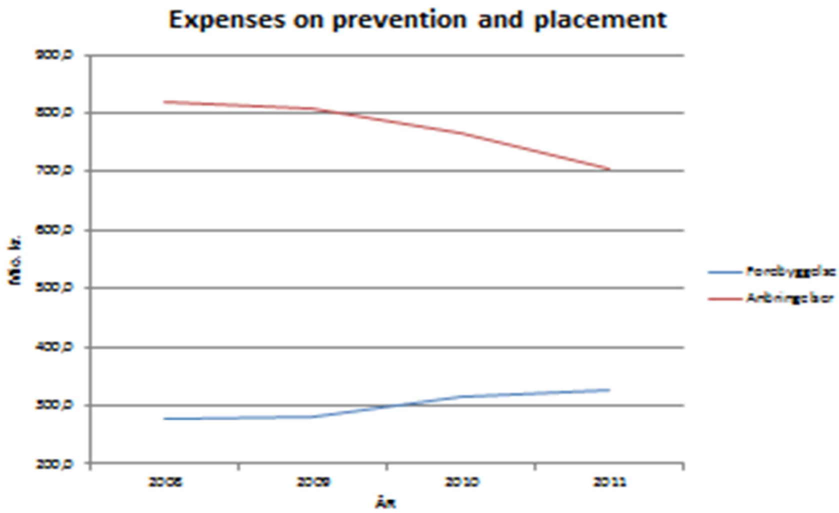
Belangrijke afspraak tussen partijen bij de hervorming was dat gedurende 2 jaar de bestaande situatie en het zorgaanbod zou blijven bestaan. Ook zijn goede afspraken gemaakt over de overname van personeel van de regio's. Er zijn geen gedwongen ontslagen gevallen. Alle medewerkers van de provincie (dit waren vooral uitvoerende professionals die in dienst van de regio zorg verlenen) zijn per geval bekeken en geplaatst in de gemeenten in de regio. Er was geen extra budget voor transitiekosten beschikbaar.

Er is vanuit landelijk overheid behoorlijke pot met geld voor innovatie (zie ook verslag bezoek ministerie)

Onderdelen van het beleid in Kopenhagen:
- binnen Kopenhagen is er 1 visie
- er wordt gewerkt met de "outcome ster" (dit is overgenomen uit Engeland en mag formeel niet zo genoemd worden vanwege schending copyright, http://www.outcomesstar.org.uk). Op verschillende domeinen worden kinderen/gezinnen gescoord en doelstellingen opgesteld.



- 4000 werkers zijn inmiddels geschoold om dit systeem van de ster te gebruiken. Het is niet door alle werkers even positief ontvangen. Sommige zien het als het volgende bureaucratische instrument, anderen zien het echt als een nieuwe manier om met een gezin te werken.
- er zijn binnen Kopenhagen 9 centra van waaruit ondersteuning en zorg geboden wordt. Deze hebben allemaal een specialisme (bijv. centrum voor acute zorg, pleegzorg etc.).
- Er zijn 8 child protection centra. Iedereen die zorgen heeft over een kind kan dat aan deze centra melden. Het besluit dat iemand zorg krijgt/geplaatst wordt genomen door social workers van de gemeente die bij deze centra werken. In het Deense scenario staat deze maatschappelijk werker – die in dienst is van de gemeente – centraal. Hij (m/v) is de spin in het web en fungeert als hulpverlener, case manager, gezinsvoogd en raadsonderzoeker. Deze maatschappelijk werker stelt samen met het gezin een plan van aanpak op. Afhankelijk van de schaalgrootte van de gemeente is er 1 of meerdere afdelingen. In Kopenhagen is een dergelijke afdeling per wijk ingericht.
- De hervorming heeft in Kopenhagen geleid tot toename van aantal meldingen (stijging van 44%) maar toch is het mogelijk gebleken om de kosten te beperken omdat gezinnen eerder worden geholpen, vaak al voor het een case wordt, laat staan een § 50 onderzoek. De kostenbesparing wordt gebruikt voor andere innovatieve arrangementen en/of ingezet binnen het onderwijs.
- Er is vanuit de landelijk overheid sterke sturing op kostenbeheersing door gemeenten. Gemeenten zijn samen verantwoordelijk om bezuinigingsdoelstelling te halen. Dit zorgt voor meer samenwerking ook bij het oplossen van financiële problemen.
- In Kopenhagen is vooral aanbod van voorzieningen van gemeente zelf. Mogelijk dat in andere delen van DK meer gebruik wordt gemaakt van private aanbieders.
- Elk jaar vindt overleg plaats met andere gemeenten over het aanbod in de regio
- Er is een knip in de psychiatrische zorg, ambulante eerstelijnsvoorzieningen zijn de verantwoordelijkheid van de gemeenten, intramurale zorg die van de regio's. Er is wel steeds meer samenwerking en inzet door psychiaters dichter bij de gemeente.



Resultaten transitie gemeente Kopenhagen (rood is uithuisplaatsingen, blauw is preventieve zorg)

Kwaliteit / toezicht
Er is een strengere toets of instellingen wel aan bepaalde normen voldoen. Belangrijke discussie is de vraag of de gemeente wel zelf mogen besluiten of een instelling aanvaard wordt of niet of dat dit op landelijk niveau moet. Mag een gemeente toezicht houden op de eigen gemeentelijke diensten? (slager keurt zelf zijn vlees). Er wordt gezocht naar een iets onafhankelijke model waarbij het toezicht meer vanuit de regio's wordt georganiseerd (zie verslag bezoek ministerie).

Dinsdag 12 juni

Ministerie voor Sociale zaken en Integratie

Lars Møller Christiansen, directeur Directoraat kinderen en jongeren, en één van zijn medewerkers Astrid Leschly Holbøll gaven ons uitleg over het Deense systeem van zorg voor jeugd vanuit het perspectief van de centrale overheid. Net als bij de presentaties van KL en gemeente Kopenhagen op de maandagmiddag was ook hier het vertrekpunt de Local Government Reform van 2007, maar dan vanuit het gezichtspunt van de nationale overheid. Zij gingen uitgebreid in op de sturing door de centrale overheid, primair gericht op het in stand houden van voldoende aanbod van gespecialiseerde zorg en het vormgeven van de bestuurlijk-organisatorische transitie.

De centrale overheid zet daarbij de volgende instrumenten in:

- Wettelijk kader: de Social services act.
  Deze bevat de wettelijk opdracht aan gemeenten. Jeugdzorg loopt tot 18 jaar, met de mogelijkheid van nazorg tot de leeftijd van 23 jaar. Preventie is het

uitgangspunt, evenals het zoeken van 'lokale oplossingen', met het doel om minder dure en ingrijpende zorg (uithuisplaatsingen) te hoeven inzetten.
Als meer nodig is dan preventie, is wettelijk vastgelegd dat de gemeente onderzoek uitvoert naar de situatie van het kind/gezin, mede gericht op de veiligheid: het §50-onderzoek.

- Reports: De eerste 2 à 3 jaar na de decentralisatie stuurden gemeenten jaarlijks een rapportage in over vraagontwikkeling en hoe ze daaraan wilden voldoen.
- Raamovereenkomsten met de regio's: kleine gemeenten (vooral in de buitenrand in het westen van Denemarken en de kleine eilanden) zijn verplicht om samen te werken en waar nodig afspraken met de regio's te maken over gespecialiseerd zorgaanbod.
- Ondersteunen kwaliteit en kennisuitwisseling:
    - VISO: een netwerkorganisatie die algemene kennis en kennis tbv cases biedt aan gemeenten. 30 à 35 medewerkers centraal, 200 decentrale collega's, veelal professionals die voorheen bij de voormalige counties werkten.
    - Service portal. Via internet toegankelijke lijst van alle lokale en regionale aanbieders, publiek en privaat. Centrale overheid houdt toezicht op de juistheid van de registratie, dit is een begin van certificering.
    - National Social Appeals Board. Dit is het hoogste klachtencollege/beroepsorgaan voor cliënten. Naast klassieke klacht/beroep-functie krijgt de Board steeds meer de rol in de kwaliteitsborging: ze voert onderzoek uit n.a.v. signalen van derden (waaronder het ministerie), brengt richtlijnen uit en doet eigen thematisch onderzoek bij gemeenten.
- Repayment system voor de duurste cases: Voor hele dure zorg (vanaf zo'n 95.000 euro) of uithuisplaatsing van meerdere kinderen uit grote gezinnen (vanaf het 4e kind) krijgen gemeenten een deel van de kosten (25-50%) teruggestort uit de gemeentepot. Dit om te zorgen dat gemeenten keuze voor inzet zware zorg niet afhankelijk maken van financiële overwegingen.

Waar staat Denemarken nu?

- Het 'armlengte-principe' (gemeente gaat erover, rijk niet) wordt breed gedragen.
- Er zijn grote verschillen tussen gemeenten in kwaliteit van besluitvorming en casuswerk. Ook is er de afgelopen tijd in de media veel aandacht geweest voor enkele grote jeugdzorg incidenten, vooral ernstige mishandeling. Volgens het ministerie wortelen deze zaken weliswaar in het verleden en komen ze nu aan het licht omdat er meer aandacht voor dit soort zaken is, dat neemt niet weg dat de roep om meer centrale kwaliteitsborging is aangewakkerd.
  Bijvoorbeeld door meer landelijke uniformiteit, verplichte regionale samenwerking tussen gemeenten, of eisen aan kwaliteit en toezicht. De lijn van de huidige regering is gericht op oprichten van cross-municipale verbanden om toezicht en kwaliteit te borgen.
  Er is daarnaast nieuwe wetgeving in voorbereiding: *supervision reform*. Gericht op versterken van certificering, op het snijvlak centrale overheid-gemeenten.
- Er is vrije keuze van methoden, maar beperkte kennis van effectiviteit. Via de National Board of Social Services wordt onderzoek uitgezet naar wat

werkt/wat moet verder ontwikkelend worden en worden in het verlengde hiervan social workers/professionals geschoold.

- Ook het realiseren van vroege preventie, o.a. het versterken van de samenwerking school-gemeente staat nog in kinderschoenen. Dit wil het ministerie verder ontwikkelen.
- De implementatiestrategie van de centrale overheid is de afgelopen tijd geëvolueerd.
  De eerste jaren was die gericht op de organisatorische transitie: mensen op de juiste plek krijgen en zorgen dat deskundigheid behouden blijft.
  Nu is er ruimte (zowel bij het ministerie als bij de gemeenten en professionals) om de inhoudelijke transformatie te ondersteunen. Het ministerie ziet nadrukkelijk een rol voor zichzelf weggelegd om 'outreachend' en actief te werken aan de transformatie op basis van afspraken met gemeenten, bijvoorbeeld door de inzet Taskforces voor specifieke lokale vragen mbt nieuw beleid (denk aan voor inclusion of disadvantaged children), waar nodig samen met andere departementen.

Ten slotte: wat is het effect van de Deense decentralisatie?
Er is inmiddels een verschuiving zichtbaar in het zwaartepunt van de Deense zorg voor jeugd. Zo zijn verschillende specialistische instellingen inmiddels gesloten of omgebouwd en is een nieuw 'specialisme', dat van de lokale generalist, ontstaan.
Wat de kosten betreft: In de periode 2007-2010 stegen die nog van 1,75 naar 2 mld kronen. Vanaf 2011 is er echter sprake van een kentering en is er een lichte kostendaling te zien.
De Deense ervaringen laten dus zien dat er weliswaar een tijd overheen gaat voordat beoogde effecten zichtbaar worden, maar ze laten ook zien dat het kan, de beweging van zware specialistische zorg en uithuisplaatsingen naar preventie en hulp in de eigen omgeving.

Gemeente Gladsaxe
Ontvangst door, hoofd afdeling kind en gezin gemeente Gladsaxe, Tine Vesterby Sorensen

Gemeente Gladsaxe ligt ten noordwesten van Kopenhagen, in de hoofdstadregio en heeft na de local government reform 65000 inwoners, qua omvang de 23e gemeente. Gladsaxe werd door de Deense VNG – KL – omschreven als een van de gemeente waarin de transitie en transformatie goed vorm heeft gekregen. Het is een sociaaleconomisch zeer samengestelde gemeente, met aantrekkelijk groen maar ook veel hoogbouw en grote stadsproblemen.

In de presentatie van Tine Vesterby Sorensen kwam naar voren dat er wordt uitgegaan van de visie dat ieder kind recht heeft om bij zijn ouders, of tenminste in een gezinssituatie, kan opgroeien. De gemeente Gladsaxe heeft zoals alle gemeenten in Denemarken de verantwoordelijkheid voor de universele voorzieningen zoals kinderopvang en basisscholen en voor vrijetijdsactiviteiten en jeugdzorg. Hiervoor werkt zij vanuit drie beleidsdocumenten: school, kinderopvang en integraal jeugdbeleid (den sammenhaengende bornepolitik).

Iedere burger in Denemarken heeft de plicht om te melden als er zorgen zijn over een kind, alleen voor professionals die met kinderen werken is deze meldplicht duidelijk omschreven. In een kleine gemeente als Gladsaxe kan via ieder telefoonnummer of

emailadres van de gemeente worden gemeld. Intern wordt er dan voor gezorgd dat de melding binnenkomt bij de social services. Wettelijk is er 6 dagen om op een melding te reageren. In eerste instantie wordt er via een netwerkmeeting met school, ouders en de social worker gekeken wat er aan de hand is. Er mogen 8 gesprekken met ouders plaatsvinden voor er sprake is van een 'case'. Een case betekent een paragraaf 50 assessment. Opvallend is dat zo'n onderzoek altijd gecombineerd wordt met een huisbezoek. Vaak is een melding al een aanleiding tot een huisbezoek. Het eerste formele contact is dus zelden een schriftelijke uitnodiging voor een gesprek, maar een huisbezoek. Een vervolg kan zijn dat er via het family centre (zie hieronder) hulp wordt geboden. Er moet binnen 3 tot 6 maanden een verbetering zijn, anders wordt de hulp opgeschaald. Als er sprake is van een crisis situatie, of ouders die niet mee willen werken en niet te motiveren zijn voor hulp, wordt uithuisplaatsing (in principe bij voorkeur in pleeggezin), afgehandeld in de gemeente. Iedere gemeente heeft een speciaal comité, waarin de gemeente, gedragsdeskundigen en een rechter zijn vertegenwoordigd die zich uitspreekt over uithuisplaatsing. De gemeente betaalt indien nodig een advocaat voor die de ouders bijstaat (en soms apart de jongere). Ouders, maar ook de gemeente kunnen een beroep doen op de national board of appeals als ze het met de beslissing niet eens zijn. Deze board kan ook onafhankelijk onderzoek doen naar een case.

In Gladsaxe probeert men zoveel mogelijk bovenstaande route te voorkomen door flink in te zetten op de ondersteuning in de universele voorzieningen zoals kinderopvang en scholen en daar ook de eerstelijns zorg aan te koppelen. Alle staf van deze voorzieningen zijn getraind in eenduidige wijze van werken, systemic thinking. Gladsaxe is er in de afgelopen 5 jaar in geslaagd om het aantal uithuisgeplaatste kinderen te verminderen (heeft de afgelopen 3 jaar geen kinderen meer geplaatst in eigen residentiele voorzieningen) en ook het aantal kinderen dat speciale zorg nodig heeft in het gewone basisonderwijs te houden. Opvallend is dat er een duidelijk zorgcontinuüm lijkt te zijn ingevoerd. De professionals in de kinderopvang en basisscholen worden gesteund door de gespecialiseerde professionals uit het youth and family centrum of bijvoorbeeld de family school. In de gewone basisschool bestaan speciale familieklassen, waar een aantal ochtenden per week ouders en kinderen die speciale zorg nodig hebben (ADHD of licht verstandelijk gehandicapt) met elkaar leren hoe om te gaan met deze special needs. Een gewone onderwijzer wordt dan ondersteund door een specialist. Deze kinderen volgen daarnaast het reguliere onderwijs. Als de problematiek te ernstig wordt, is er de opgeschaalde voorziening van de family school (zie hieronder). Maar ook dan geldt dat dit slechts voor een paar ochtenden per week is en het kind verder naar zijn gewone school gaat. Ook in Gladsaxe blijkt hoe centraal de rol is van de social worker, de konsulent. In eerste instantie is deze persoon het eerste contact voor het gezin maar als er meer gespecialiseerde zorg nodig is, blijft hij de contactpersoon voor het gezin. Hij (m/v) is de spin in het web en fungeert als hulpverlener, case manager, gezinsvoogd en raadsonderzoeker. In Gladsaxe had een konsulent gemiddeld 35 tot 40 cases onder zijn hoede. De social workers hebben ook een outreachende functie en komen 1 x per week in de school of kinderopvang en vangen zo ook signalen op.

Woensdag 13 juni 2012

Gladsaxe Centrum voor Kind en Gezin

"Youth and Family Centre" in Gladsaxe

- Hier komen vooral gezinnen, met kinderen van 0 tot 18 jaar.
- Wettelijk uitgangspunt is immers dat het gezin de beste plek is voor een kind. Daarom wordt, ongeacht de soms ingewikkelde samenstelling, het gezin altijd

betrokken. Niet alleen bij de vraag wat het probleem is, maar ook bij de uitvoering van de hulp zelf.

- Vanuit de gemeente bepaalt de 'social worker' wie er welke jeugdhulp nodig heeft. Tevens volgt deze figuur de jeugdige en het gezin. Een soort casemanager dus. Een social worker heeft gemiddeld 40 dossiers tegelijk. Daaronder vallen de lichte gevallen, waarbij ongeveer eens per 8 weken contact opgenomen wordt, maar ook de zware gevallen, waarover meerdere malen per week gesproken moet worden.
- Diverse vormen van jeugdhulp werden kort toegelicht (dit is zoals het momenteel functioneert. Het systeem is niet vastgelegd en kan –evt in overleg met de gemeente- aangepast worden aan de behoefte):
  - kindertelefoon: wordt om beurt door iedereen beantwoord.
  - kortdurende hulp: ongeveer 5 gesprekken, vrij toegankelijk voor iedereen.
  - gezinstherapie: een gezin krijgt 2 therapeuten toegewezen en heeft 2 of 3 gesprekken per week. Na 3 maand wordt geëvalueerd: stoppen of doorgaan.
  - meidengroepen: momenteel 2 groepen actief; gaat om allerlei soorten tienerproblemen. Vooraf intake-interview met het hele gezin. Naast de input van de therapeut is de invloed van de groep ook heel positief. Wordt soms gecombineerd toegepast met gezinstherapie. Groepsgrootte bij voorkeur ongeveer 7.

    Kracht is open gesprek in veilige omgeving. Eens per driemaal wordt er gezamenlijk iets leuks ondernomen. Werkt verfrissend en traint ook andere sociale vaardigheden.
  - half-way-home: voor de oudere jeugdigen; een hulpvorm die erop is gericht om vanuit residentiële hulp de jeugdige voor te bereiden op zelfstandig wonen. Niet terug naar een gezin dus.
  - dagopvang voor jonge gezinnen, bijvoorbeeld tienermoeders/-vaders. De ouders hebben vaak zelf ook al een slechte opvoeding gehad en hebben bijkomende problemen. Ze hebben dus echt steun nodig om hun kinderen op te voeden en hebben nauwelijks 'eigen kracht'. Een groot deel ervan (ongeveer 60) krijgt voor al informatie en advies; een kleiner deel (ongeveer 6 gezinnen) doorloopt een zeer intensief traject.

    Momenteel zijn er 6 mannelijke therapeuten (van de 18 gezinstherapeuten in totaal) die onder andere bijeenkomsten organiseren met jonge vaders. Dit is een groot succes!
  - Private klinieken voor specialistische hulp, bijvoorbeeld kinderen met obesitas, worden ook benut; de gezinstherapeuten bezoeken de kinderen daar ter plaatse. Het gaat om trajecten van 12 weken.
  - Vergelijkbaar met de JGZ in Nederland, gaan verpleegkundigen vanaf de geboorte langs bij gezinnen en op de scholen.
- Een veel gebruikte methode in de therapieën is overigens *Marte Meo*. Hoewel van Nederlandse oorsprong niet bekend in Nederland. Overigens is het Latijn voor 'eigen kracht'.

- Beslissingen over uithuisplaatsing worden genomen in een commissie van twee kinderpsychologen, een rechter, twee gemeenteraadsleden en wordt aangevraagd door de social worker. De voorzitter is de verantwoordelijke wethouder. Ouders kunnen gratis een advocaat krijgen en kunnen in beroep

gaan bij het National Board of appeal. Daarna staat ook nog beroep open bij de civiele rechter. Beroep heeft overigens geen schorsende werking.

- De social worker is vervolgens degene die gemachtigd wordt. Vergelijkbaar met de gezinsvoogd in Nederland. In Denemarken is dat dus geen nieuwe functionaris in de keten.
- Vóórdat uithuisplaatsing wordt aangevraagd, wordt daar in de praktijk natuurlijk wel mee gedreigd. Dat betekent dat de social worker als *bad guy* wordt gebruikt door de therapeut. Dat werkt vaak goed als stok achter de deur bij onwillige jeugdigen/ouders. De rol en taak van de social worker is ook duidelijk voor de ouders vanaf het begin.
- Een machtiging van de genoemde commissie maakt geen verplichte therapie of behandeling mogelijk. Het ziet slechts op uithuisplaatsing of op een diagnostisch onderzoek.
- Denemarken kent een meldplicht voor iedereen (burgers en professionals) wanneer er een vermoeden is dat het niet goed gaat met een opgroeiend kind. In hoeverre doet dit afbreuk aan de laagdrempeligheid en het positieve imago van de jeugdzorg?
  - doordat iedereen een meldplicht heeft, heeft ‘zorgmijden’ weinig zin
  - van belang is dat jeugdzorger er eerlijk over zijn en betrouwbaar zijn
  - daarnaast moet ook altijd gedacht en gecommuniceerd worden vanuit respect voor de gezinnen en de kansen en mogelijkheden die ze wel hebben
  - voor het gesprek niet in jargon, maar in de taal die het betreffende gezin begrijpt
  - deze positieve benadering is echt iets van de laatste 10 à 20 jaar in Denemarken.
- Artsen in Denemarken zijn overigens slechte melders en vragen ook zelden telefonisch advies.
- Ook van de spoedeisende hulp en de politie komen zelden meldingen of vragen.
- Uit het onderwijs komen wel regelmatig meldingen of vragen.

Gladsaxe Family School

- Hier wordt een multi-gezins-therapie aangeboden.
- Ongeveer 4 à 5 uur per dag komen enkele gezinnen samen de dag doorbrengen.
- Doel is het stimuleren en activeren van de dingen die goed gaan en leren van elkaars voorbeelden, het overwinnen van het sociale isolement en het aanleren van sociale en netwerkvaardigheden. Therapeuten helpen daarbij met advies en tips op het gebied van de opvoeding. Therapeuten nemen nooit de opvoeding over, maar ondersteunen de ouders daarbij.
- Soms is het voor gezinnen lastig met werk te combineren. Als het echt nodig is, wordt door de gemeente betaald verlof gefinancierd, zodat ze toch kunnen komen.
- Gezinnen komen doorgaans binnen via school, op basis van diverse problemen.

- Bij aanvang wordt een behandelcontract opgesteld, waarin de social worker in overleg met het gezin de te behalen doelen formuleert; in een voor het gezin begrijpelijke formulering.
- Naast de ouders doet ook het brede sociale netwerk van het gezin mee. Dit netwerkberaad vindt plaats bij de start, bij het eind en halverwege.
- Een traject duurt 6 maanden. Heel soms korter.
- Nazorg bestaat vaak uit een serie van gesprekken. Ook is het cruciaal dat de onderwijzers continu bijgepraat worden over de voortgang, omdat zij anders de veranderingen en ontwikkelingen niet geloven of accepteren.
- Er kan gevarieerd worden in intensiteit (1 tot 4 keer per week).
- Veel gezinnen hebben ook buiten de uren op de gezinsschool en na het traject nog contact. Zo wordt het sociale netwerk van deze zwakke gezinnen versterkt.
- De jaarlijkse reünie is overigens een succes en ook een goede graadmeter voor de resultaten die zijn bereikt.
- Vanwege de multiproblematiek is er veel contact met ander instanties, zoals ziekenhuizen, psychiatrische klinieken, gevangenissen (bijv. als de vader in de cel zit) en via de social worker met schuldhulpverlening en arbeidsbureau.
- Overigens kunnen er wel contra-indicaties zijn voor deelnamen, bijvoorbeeld een verslavingsprobleem en gewelddadigheid.
- Sommige ouders waarmee het heel goed is gegaan, komen later terug als vrijwilliger!
- Toekomstwens is om nog meer outreachend aan de slag te gaan op de scholen zelf.

Indrukken en reacties van de Nederlandse deelnemers

Algemeen

- De decentralisatie landt in Denemarken op een groot vertrouwen in de lokale overheid. Zo zijn gemeenten in Denemarken niet alleen verantwoordelijk voor de jeugdzorg, maar ook verantwoordelijk voor het gehele sociale domein, en onderwijs. Ze kunnen daarmee makkelijker integraal sturen.
- Het voorzieningenniveau lijkt relatief hoog in Denemarken in vergelijking met NL. Een klein stadje als Gladsaxe (met 65.000 inwoners) had relatief veel en ook 'zwaardere' voorzieningen. Niet aan de orde is gekomen of men meer uitgeeft aan jeugdbeleid en jeugdzorg dan bij ons. Zorg is ook duur vanwege de 'betaalmentaliteit'. iedereen die helpt wordt betaald. bijv pleeggezinnen die vanzelfsprekend goedkoper zijn dan residentiele instellingen. Er zijn nu ook pleeggezinnen die professioneel te werk gaan ter vervanging van residentiele instellingen (vergelijkbaar met kleine gezinshuizen).
- Het kan dus wel! We hebben voorbeelden gezien waaruit bleek dat goede preventie echt kan helpen om zwaardere zorg later te voorkomen
- Denemarken heeft eerder eenzelfde verandering t.a.v. passend onderwijs ingevoerd als nu bij ons wordt voorgesteld: inclusion. De boodschap is duidelijk naar ouders: ze hebben het te accepteren, ook ingegeven vanuit de kosten, niet alleen vanuit geloof in 'inclusion'.

Bovenlokale samenwerking

- Aan de decentralisatie ging een bestuurlijke herziening vooraf, waarbij men van 269 naar 98 gemeenten ging, met een gemiddeld inwoneraantal van 54,000; en een mediaan van 43,300 inwoners. Denemarken kent hiernaast nu nog 5 regio's (vergelijkbaar provincies). Er zijn 7 gemeenten met minder dan 20,000 inwoners.
- Gemeenten regelen alles wat 'de burger' aangaat; regio's zaken als economie en vervoer. Ook zijn de regio's verantwoordelijk voor zaken die zo specialistisch zijn dat ze bovenlokaal moeten, zoals de gespecialiseerde intramurale zorg. Dit zijn overheidsinstanties. Er zijn ook particuliere bovenlokale organisaties Gemeenten betalen die zorg echter. Er wordt een redelijk tarief overeengekomen voor die zorg, regio's hebben geen prikkel om de hoofdprijs te vragen. De 5 regio's moeten samenwerken om de capaciteit van die zorg af te stemmen.
- Samenwerking met (branche)organisaties, instellingen etc. gebeurt voornamelijk op lokaal niveau.

Financiën en registratie

- Ook de financiële armslag van gemeenten is in Denemarken veel groter dan van Nederlandse gemeenten. 48% van alle overheidsgelden gaat naar gemeenten. Gemeenten hebben ook een grotere mogelijkheid tot belastingheffing. Belasting wordt voornamelijk op lokaal niveau geheven.
- In Denemarken is decentralisatie van de jeugdzorg niet vanaf moment 1 behept met efficiencykorting. Dat was pas aan de orde in het 3e jaar. Bij de decentralisatie is eerst alles rechtsreeks overgegaan naar de gemeenten waardoor de frictiekosten nihil waren. Vervolgens was er eerst een stijging van de uitgaven, dat is nu aan het verminderen. Het ministerie had te weinig zicht op de cijfers - ondanks een systeem daarvoor - om te vertellen waarom dat was. Daarom wil men meer van de gemeenten te weten komen. Denemarken gaat daarom nu aan de slag met het gelijktrekken van outcome-meting, manieren van registreren en IT-projecten die dat ondersteunen. Dat hebben ze niet vanaf het begin gedaan. Ze erkennen dat deels als gemis; maar zien ook de voordelen wel: weinig bureaucratie en veel ruimte voor innovatie hulpverlening.
- Qua risicoverevening is er een tweetrajectsfinanciering voor gemeenten voor jeugdzorg:

1. Een deel van het macrobudget gaat rechtstreeks via het Rijk naar gemeenten. Een deel hiervan heffen gemeenten zelf in de vorm van belasting. De hoogte van de belastingopbrengst is gemaximeerd via een macronorm voor heel Denemarken. Wij kennen in NL al een macrobudget al bij de inning van OZB. Gemeenten maken vervolgens onderling afspraken over de verdeling van dit budget over de verschillende gemeenten (als een gemeente een nieuw jeugdcentrum wilde, moest hij dat met andere gemeenten afstemmen en akkoord krijgen).
2. Als een gemeente buitensporige uitgaven hebben dan kunnen ze voor bedragen boven de € 95.000 een beroep doen op de Rijksoverheid. Daarbij geldt wel altijd een eigen bijdrage voor de gemeente zodat freeriding deels wordt tegengegaan. Het geld dat de gemeente van de Rijksoverheid krijgen voor deze buitensporige uitgaven wordt achteraf verrekend met de macropot aan alle gemeenten. Zeer duidelijk was dat het macrobudget dat de Rijksoverheid kwijt is aan jeugdzorg van te voren vaststaat, daar is geen overschrijding in mogelijk.

- Het duurt een tijd voordat de effecten zichtbaar zullen worden. Pas na een periode van 5 jaar blijkt dat er in DK minder inzet van zware hulpverlening nodig is (ondanks toename van preventieve zorg), saldo uiteindelijk: verminderde kosten!

Zorginhoudelijke organisatie

- Het systeem in DK lijkt overzichtelijker. De maatschappelijk werker is in dienst van de gemeente en treedt op als begeleider nadrukkelijk in de rol als casemanager zoals we die kennen in AMW, SMW, gezinsvoogdij en bij MEE. Deze social worker stelt samen met het gezin plan van aanpak op. Dan is er nog een therapeut, een soort brede hulpverlener waar gemeenten ook naar toe willen, de generalist. Wel hoog opgeleid overigens; gedragswetenschappers of aanvullende opleiding socialwork. Er is sprake van een duaal systeem (caseworker/therapeut)
- Hulpverlening is veel flexibeler en meer afgestemd op de vraag. De inzet van de hulpverlening lijkt veel minder gestuurd vanuit de afname van producten (alleen zware zorg). Men werkt met een vast bedrag in de wijk, weinig discussie over inzet gelden, verantwoordelijkheid laag in wijk belegd. Geen prikkel tot overconsumptie, wel mogelijkheden flexibele inzet.
- Het viel op dat men voor ‘vermenging’ veel minder bevreesd is. Er wordt flexibel met groepen omgesprongen. Vb als er meer autisten zijn, dan wordt er gewoon een nieuwe groep gemaakt, in tegenstelling tot NL waar jongeren die vanuit JZ in een instelling zitten zouden, niet samen kunnen met jongeren met LVG problematiek, omdat de laatsten dan onderspit delven.
- Sociale J-GGZ is op gemeentelijk niveau beschikbaar. Specialistische (intramurale) zorg GGZ is in Denemarken ondergebracht bij ziekenhuizen
- JGZ kent 5 contactmomenten in eerste acht maanden, de wijkverpleegster (visiting nurse) is bij de vindplaatsen: thuis, op school, op day care (98% bereikbaarheid als ik me goed herinner). Dit in tegenstelling tot NL waar we verwachten dat mensen naar CJG/de zorg toekomen
- In Gladsaxe is de maatschappelijk werker verplicht om 2 keer per jaar te controleren of de ingezette behandeling van jeugdigen nog steeds passend/OK is. Ook bij pleeg- en intramurale zorg is dat het geval. Dit pleit ervoor om ook in NL geen langdurig overgangsrecht op te nemen waarin gemeenten meerjarig niet in staat zijn om ingezette trajecten te wijzigen.
  Vooral vanuit bestaande specialistische organisaties was vooraf vrees voor vermindering van specialistische voorzieningen. Dit blijkt uiteindelijk ook zo te zijn, maar het heeft plaatsgemaakt voor een andere vorm van specialisatie die meer gebiedsgericht / lokaal gericht is.
    - In elke school van Gladsaxe was een schoollokaal beschikbaar voor gezinsgesprekken met gezinnen waarvan kinderen gedragsproblemen of motivatie problemen hadden. Een aantal docenten was specifiek hiervoor

toegerust. We zijn gaan kijken bij een familieschool waar gezinnen gezamenlijk multi system therapy kregen. Ze waren daarvoor 1 tot drie ochtenden van 8-13 met het hele gezin op de school aanwezig.

Kwaliteit

- Voorafgaand aan de decentralisatie was er nog geen goed systeem van kwaliteitseisen
- Wel hebben er redelijk wat incidenten plaatsgevonden de afgelopen tijd, die de media haalden. Reden voor de landelijke overheid reden om touwtjes weer aan te trekken en eisen te gaan stellen. Naast aandacht voor de professional en de organisaties, is nu vooral aandacht gericht op de methodieken. Men vindt voornamelijk dat gemeenten weinig werk hebben gemaakt van hun toezichthoudende rol.
- Ministerie van sociale zaken beveelde enerzijds aan gezamenlijk als rijk en gemeenten op te trekken tav kwaliteitseisen / implementatie (dus niet alleen naar wet kijken, maar ook hoe gemeenten dat gaan invullen en daarin faciliteren) anderzijds gaven ze aan dat in de transitiefase er weinig tijd is voor gezamenlijk op te trekken tav transformatie
- DK heeft mindere zware eisen mbt privacybescherming, er bestaat 1 groot systeem waar alles ingaat (uitgebreid GBA). Vanzelfsprekend is wel sprake van autorisaties

Gedwongen kader

- Beslissing om hulp in te zetten in Denemarken: Social worker in dienst bij gemeente ahv 'paragraaf 50' voorgeschreven door landelijke overheid. Social worker legt relatie met andere gemeentelijke voorzieningen zoals werk/wonen. Deze social workers moeten ook binnen zoveel dagen reageren op een melding van kindermishandeling. Er bestaat een meldplicht in Denemarken. Gedwongen uithuisplaatsing: gemeentelijke commissie met oa rechter, lokale bestuurders en maatschappelijk werk , voorgeschreven door landelijke overheid. Mogelijkheid om te protesteren bij Board of social appeal, die ook taken heeft op terrein van inspectie en klachtenregeling. Interessant constructie voor waarborg ingrijpende beslissingen, veel efficiënter waarborg aan de achterkant dan elkaar aan de voorkant 3 keer controleren (leidt tot afschuiven van verantwoordelijkheid) zoals in Nederland. Wellicht interessante nieuwe functie voor de raad van de kinderbescherming? Functioneerde naar tevredenheid zo bleek bij navraag.
- Denemarken kent geen OTS. Er is geen gedwongen hulpverlening anders dan uithuisplaatsing. Dat is soms lastig, maar het werd door de therapeut als een gegeven beschouwd, waarbij zaak was om zo goed mogelijk ouders te overtuigen. Ook in Denemarken is het beleid uithuisplaatsing te voorkomen en dat is gelukt. Denemarken had voor de transitie ook weinig traditie tav ambulante hulpverlening. Kinderen werden ver van huis in internaten oid geplaatst. Het aantal uithuisplaatsingen in de gemeente Gladsaxe is in 5 jaar tijd gehalveerd. Overigens zijn er nu nog wel een soort particuliere internaten, die erg populair zijn.
- Caseload van een social worker is hoog, met ongeveer 35. vergelijk gezinsvoogd NL: 1:15 gemiddeld
- Ook in DK is er nu aandacht voorkindermishandeling, dit leek overigens nog losser te staan van jeugdzorg dan in Nederland. Hierbij speelt dat politie belangrijke rol erin heeft. Gemeente, gezondheidszorg en politie moeten samenwerken. Dit loopt nu nog niet goed. Geen meldingen vanuit eerste hulp of politie. Dit in tegenstelling tot Nederland. Big issue. Aandacht voor hoe je signaleert. Geldt ook voor relatie met criminaliteit. Verdeling is: onder 15 voor social worker, boven 15 voor politie / justitie